

様式第1号（第5条関係）

福崎町不育症治療支援事業申請書兼請求書

1. 関係書類を添えて、次のとおり不育症及び治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳及び税情報の確認を行うことに同意します。
2. 本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
3. 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日		年齢
夫			年 月 日		
妻			年 月 日		
住 所	福崎町				
申 請 者 (妻) 氏 名 _____ 印 申 請 額 金 _____ 円 年 月 日 福崎町長 様					
振 込 先 ※	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
	口座番号				

注) 太枠の中を記入ください。

※ 口座名義人は申請者の個人名義であること。

所得額	夫 a	妻 b	計 a+b	適		否
				県補助	町単独	
年分						